

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

218

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 juin 1891, à 1 heure.

Par AUGUSTE SALMON

Né à Paris le 8 août 1864.

Médaille de bronze des hôpitaux.

ANÉVRYSMES DE LA MAIN

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.
SCHWARTZ } *agrégés.*
NELATON }

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

218

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 juin 1891, à 1 heure.

Par AUGUSTE SALMON

Né à Paris le 8 août 1864.

Médaille de bronze des hôpitaux.

ANÉVRYSMES DE LA MAIN

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.
SCHWARTZ } *agregés.*
NELATON }

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE,
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0079

AVANT-PROPOS

On a peu écrit sur les anévrysmes de la main, M. Delbet le constate à propos du traitement (DELBET, *Traité des anévrysmes*, 1889). Et cependant cette complication fréquente des traumatismes de la main doit être connue sous peine d'erreur parfois fatale (*Obs.* V). Les cas de mort sont heureusement fort rares puisqu'on en cite deux dans la science. Mais ne pas reconnaître l'anévrysme empêche d'appliquer dès le début un traitement rationnel ; ne pas le prévoir, et voilà qui est fréquent, empêche d'appliquer à temps un traitement préventif.

Ce sujet est donc d'un intérêt pratique incontestable. Avant de l'aborder, nous priions nos maîtres, MM. Humbert (Midi), de Saint-Germain (Enfants malades), Landrieux (St.-Antoine), Cuffer (Tenon), d'accepter nos meilleurs remerciements pour les bonnes leçons et les bons conseils qu'ils nous ont prodigués durant nos années d'hôpitaux.

Nous devons une reconnaissance toute spéciale à M. Schwartz. Après nous avoir enseigné la chirurgie (*Maison municipale de Santé*, 1890), il a bien voulu nous inspirer notre thèse ; ses conseils ne nous ont jamais fait défaut pendant toute la durée de ce travail.

Nous remercions bien sincèrement M. le Professeur Tillaux et M. le Docteur Millet de Montmorency, à la bienveillance desquels nous devons une de nos observations inédites.

M. le Professeur Duplay nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer le témoignage de notre profonde gratitude.

ANÉVRYSMES DE LA MAIN

Préliminaires.

Nous n'avons pas la prétention de décrire toutes les tumeurs auxquelles on a donné le nom d'anévrysmes. Nous nous en tiendrons à l'anévrysme tel que le comprend M. le professeur Le Fort, c'est-à-dire à une « tumeur, pleine de sang liquide ou concrété, distincte du canal de l'artère, avec laquelle elle communique, et consécutive à la rupture partielle ou totale des tuniques artérielles ».

Nous éliminons ainsi les tumeurs cirsoïdes. Enfin n'ayant trouvé, pour la région qui nous occupe, aucun cas d'anévrysme artério-veineux, nous serons obligé de laisser de côté cette affection.

Nous ne parlerons que fort peu de l'anévrysme spontané car on en trouve tout au plus trois ou quatre observations dans la science.

On le voit, notre travail portera presque exclusivement sur les anévrysmes artériels traumatiques de la main.

Qu'on n'attende pas de nous, l'historique d'une question peu étudiée jusqu'à notre époque. Il y a bien, dans la science, des cas d'anévrysmes de la main ; l'un d'eux remonte jusqu'à Hildanus et Tulpius au commencement du

XVIII^e siècle. Rognetta, dans le mémoire dont nous parlerons plus bas, nous le transmet, l'ayant emprunté lui-même à Scarpa.

« Hilldanus et Tulpius font mention d'un anévrysme observé par eux entre le ponce et le doigt indicateur et sur la nature duquel il ne peut y avoir aucun doute, car avant la petite tumeur, le malade avait été *piqué* dans cette partie ».

Dans notre siècle dès 1806, A. Petit cite un cas de mort à la suite d'un anévrysme du dos de la main (A. PETIT, *Méd. du cœur*, p. 322).

Depuis, plusieurs chirurgiens ont eu l'occasion d'en voir. Rognetta, dans un mémoire sur les « *tumeurs sanguines de la main* » (1834, *Gaz. méd.*, p. 209), donne quelques idées nouvelles à ce sujet. Malheureusement, il confond les anévrysmes avec les tumeurs cirsoïdes, et somme toute, ces dernières font presque exclusivement l'objet de son travail. Roux, Dupuytren, Velpeau, Robert, etc., en ont cité des cas, sans ajouter de grands commentaires. Dans ces dernières années, les chirurgiens semblent y avoir attaché plus d'importance ; du moins, les anévrysmes de la main qu'ils ont soignés, leur ont permis de faire des leçons dont on peut tirer profit.

Les ouvrages modernes de pathologie externe réservent une place à cette question : FOLLIN et DUPLAY (*Pathologie externe*). POLAILLON (art. Main du *Dict. encyclopédique*). LE DENTU (art. Main du *Dict. Jaccoud*). BLUM, *chirurgie de la main*). DELBET (*Traitement des anévrysmes*) etc.

Étiologie.

L'anévrysme de la main est une affection assez fréquente, puisque G. MARTIN (*Thèse inaugurale*, 1870, *Paris*), sur 72 blessures artérielles de la main, le voit survenir 17 fois.

La cause de tout le mal est ordinairement une plaie étroite des téguments, avec lésion d'une des artères de la main.

D'après les ouvrages de pathologie externe et en particulier d'après l'article du *Dictionnaire Jaccoud* (Le Dentu), les plaies artérielles de la main portent le plus souvent sur « la radiale à son passage à travers le 1^{er} espace interosseux, la radio-palmaire, les collatérales du pouce et l'interosseuse du premier espace ». Les arcades palmaires ne viendraient qu'ensuite, l'arcade superficielle en tête, bien entendu.

Nous ne nions pas le fait, mais alors l'anévrysme a plus de tendance à se développer dans les plaies des arcades que dans celles des autres artères. En effet, en recherchant parmi les cas connus, on voit que l'arcade superficielle est presque la moitié du temps le siège de cette affection ; l'arcade profonde vient ensuite. La radiale à son passage à travers le 1^{er} espace, bien que tenant le premier rang pour les plaies artérielles, ne tient que le troisième pour les anévrysmes.

Voilà peut-être l'occasion de faire intervenir la question

des courbures sur laquelle nous reviendrons à propos des causes prédisposantes.

Quel que soit le siège de la blessure, elle est produite le plus souvent, par un instrument piquant, ou à la fois piquant et tranchant : un canif (*Obs.* XIV), un couteau de boucher (*Obs.* XV), un grattoir (*Obs.* IX), un fragment de verre (*Obs.* VII), une pointe de serpe (MAZADE, *Soc. chir.* 1863).

Un agent vulnérant venant de l'intérieur, une esquille d'os par exemple, pourrait certainement déterminer le même accident. Aussi, M. Richet, dans un cas de plaie par arme à feu (*Obs.* XVIII), se demande-t-il si c'est la balle ou une première intervention chirurgicale, ou une *esquille détachée par la balle*, qu'il faut incriminer.

Nous voudrions des faits plus probants encore, car il ne faut pas procéder par analogie, pour affirmer qu'une lésion capable de causer l'anévrisme sur les grandes artères, puisse le causer sur celles de la main.

Par exemple, certaines artères comme l'axillaire, sont exposées à des tractions et à une élongation qui produisent parfois des anévrysmes. Il ne faut pas en conclure que les tractions et l'élongation peuvent en produire sur les arcades palmaires. En effet, par leur situation perpendiculaire à l'axe des os de la main, ces dernières ne semblent pas prédisposées à cet accident. Il va sans dire qu'il n'en est pas de même des collatérales. Roux se charge de nous en donner la preuve (*Obs.* V). Si les arcades ne sont guère exposées à l'élongation et aux tractions, elles le sont aux contusions, grâce au plan résistant sur lequel elles reposent. Ces contusions peuvent déterminer l'anévrisme. Témoin

Pilcher (FOLLIN et DUPLAY : *Path. externe*), qui vit un anévrysme de l'éminence thénar produit par le choc d'un manche de marteau. Témoin aussi le cas de Duvernoy (*Obs. IV*) analogue au précédent.

En face de ces exemples, nous avons pensé au cocher dont parle Guattani (*De anevrismatibus externis*, Romæ 1772). Ne pourrait-on pas, jusqu'à un certain point, faire remonter son anévrysme soi-disant spontané au frottement des rênes et au maniement du fouet ?

Arrivons aux plaies par arme à feu : Nous avons le cas de M. Richet (*Obs. XVIII*) dont, il est vrai, l'étiologie semble discutable à l'auteur. Nous avons encore celui de Belœrdini (*Gaz. Med. Paris*, 1841, p. 262). Nous osons à peine en parler dans un travail où il s'agit de la main, car celle du malheureux avait été détachée par l'éclat de son fusil. C'est à l'extrémité du moignon que se développa l'anévrysme.

Enfin une artère dans un foyer purulent, peut se perforer puis donner lieu à un anévrysme. Pour rare que soit le fait, M. Verneuil en cite un cas survenu à la suite d'un phlegmon (*Obs. XI*).

Dans l'*Observation XVII*, c'est encore à la suite d'un phlegmon que survient l'anévrysme, mais la perforation artérielle se serait produite sous l'influence d'un mauvais état général et peut-être grâce à la présence d'un drain.

Ainsi l'état général peut donc jouer un rôle ? Le traumatisme n'est donc pas la cause unique des anévrysmes dits traumatiques ? Non, et dans certains cas il n'intervient que comme cause occasionnelle. Ainsi, nous avons parlé de la contusion comme cause d'anévrysme ; dans ce cas (*Obs. IV*

et *Obs.* III), on est en droit de se demander, si la contusion doit seule entrer en ligne de compte. En d'autres termes, nous devons rechercher, si aux causes occasionnelles qui sont de beaucoup les plus importantes et les mieux connues, ne viennent pas s'ajouter des causes prédisposantes.

Causes prédisposantes. — C'est dans l'anévrysme spontané qu'on les étudierait le mieux ; mais quelles conclusions tirer à propos de l'âge par exemple, quand sur deux observations citées (I et II), il s'agit d'un enfant et d'un vieillard, et quand dans une troisième (GUATTANI, *De externis anevrysmatibus*, Romæ 1772) il s'agit d'un homme de 45 ans.

L'anévrysme traumatique est beaucoup plus fréquent * chez l'homme que chez la femme, ce qui s'explique par la nature de ses travaux. La profession doit donc jouer aussi un rôle ! L'ouvrier qui se sert d'instruments piquants, comme le menuisier, le tailleur etc., semble plus exposé que les autres à se blesser la main. Pourtant les cas que nous connaissons ne vérifient pas absolument cette loi. Nous avons bien les observations de deux bouchers (*Obs.* XIII et XIV) ; mais la plupart du temps nous avons affaire à de jeunes maladroits qui se blessent avec leur canif, leur couteau ou qui se laissent tomber sur un fragment de verre.

Ainsi la jeunesse aurait son rôle à jouer ! ce n'est pas qu'elle prédispose directement à l'anévrysme. Mais grâce à l'inexpérience et à l'étourderie qui la caractérisent, les enfants et les jeunes gens sont exposés aux blessures de la main et à leurs complications.

Dans l'anévrysme spontané, ou dans celui, où le trau-

matisme semble n'être qu'une cause déterminante, il faut tenir compte des maladies des vaisseaux telles que l'athérome (*Obs.* XIII); des maladies du cœur. Morgagni (*Obs.* I) voit un rapport entre des anévrysmes, les palpitations, la migraine et l'apoplexie dont est mort Ramazzini.

Il faut tenir compte aussi des courbures artérielles; les arcades palmaires sont plus exposées que les autres artères de la main aux anévrysmes. Nous nous sommes déjà demandé si ce ne serait pas grâce à leurs courbures.

La situation peu profonde des vaisseaux les expose davantage aux blessures; cela est évident; de plus cela est démontré par leur fréquence à l'arcade superficielle.

Nous avons parlé déjà du mauvais état général, de l'influence d'un foyer purulent sur les artères. Nous n'y reviendrons pas et nous ne nous arrêterons pas aux altérations artérielles dues à l'alcool, à la syphilis, au mercure. Nous ne saurions, faute de preuves, les faire intervenir dans la forme d'anévrysme que nous étudions.

Reste à parler de la théorie qui admet une sorte de diathèse anévrysmale. Certains faits et en particulier la présence de plusieurs anévrysmes (*Obs.* II et III), semblent venir à l'appui de la dite théorie.

Pathogénie et anatomie pathologique.

Ce n'est pas à la main qu'on a étudié la pathogénie de l'anévrysme spontané. Nous avons lieu de supposer cependant, qu'à cette région comme aux autres, il reconnaît pour cause l'artérite. On sait en effet, depuis les travaux de Cornil et Ranvier, que sous l'influence de cette dernière, la tunique moyenne disparaît; quant aux tuniques externe et interne, modifiées par l'inflammation, elles perdent leur résistance. Elles se laissent alors distendre par la pression sanguine et il se forme ou une dilatation circonférentielle de l'artère (anévrysme *fusiforme*), ou plus souvent une poche latérale (anévrysme *latéral*).

Pour les anévrysmes traumatiques, nous le voyons par nos observations, ils succèdent presque toujours à une ou à des hémorrhagies. On donne de leur formation, différentes explications.

Ou bien, le sang, s'épanchant dans les tissus, tâche de se frayer un chemin à travers ces tissus. Il s'infiltré dans les interstices musculaires ou tendineux, dans les loges aponévrotiques.

Malgré la pression et le mouvement saccadé du sang, il arrive un moment où les tissus refoulés lui opposent une barrière qu'il ne peut plus franchir. Parfois il ne se forme pas de membrane kystique à ce sang épanché. C'est la forme à laquelle Cruveilhier, refusant le nom d'anévrysme, donne celui d'hémorrhagie interstitielle et à laquelle les auteurs

donnent celui d'anévrysme *faux primitif* ou celui d'anévrysme *diffus*.

Le plus souvent, les tissus en question s'organisent en membrane (*Obs. XV*), membrane de nouvelle formation n'ayant de commun avec la paroi artérielle que son insertion sur les lèvres de la plaie. Le sang est alors contenu dans un pseudo-sac, et nous avons l'*anévrysme faux consécutif* des auteurs.

Ainsi l'anévrysme traumatique, tantôt ne présente pas traces de sac, tantôt présente un pseudo-sac. Il nous sera donné aussi de le voir avec un sac véritable, c'est-à-dire ayant la même constitution que l'artère (*Obs. IX*). Comment expliquer ce fait ? Peut-être les lèvres de la plaie artérielle se sont-elles soudées au moyen de la lymphe plastique aussitôt l'hémorrhagie arrêtée ! La paroi artérielle, présentant en cet endroit un point faible, aurait été distendue sous l'influence des saccades du sang et un sac réel aurait été constitué.

On comprendra facilement que pour obtenir une soudure des lèvres de la plaie, il faille une lésion artérielle *longitudinale*.

Encore n'est-ce pas ainsi que cela se passe le plus souvent. L'hémorrhagie s'arrêtant spontanément ou plutôt sous l'influence du traitement, un caillot se forme entre les lèvres de la plaie et peut l'oblitérer quelque temps. S'il vient à céder ensuite, l'hémorrhagie recommence et l'anévrysme peut se former à ce moment. Voilà du moins l'explication que donne M. Richet du cas étudié par lui (*Obs. XVIII*).

A propos de cette observation, M. Richet fait une autre

remarque : Quand l'artère est sectionnée complètement, l'anévrysme est *circonférentiel* ; quand elle n'est qu'écornée, il est *latéral*.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que la section complète des tuniques artérielles. Mais lorsque la lésion provient de contusion (*Obs.* III et IV), les choses ne se passent pas ainsi. La tunique moyenne se rompant transversalement, entraîne avec elle la tunique interne qui y adhère. Le sang, agissant directement sur la tunique celluleuse, la distend. Celle-ci étant peu élastique ne revient pas sur elle-même après chaque saccade ; aussi la poche formée augmente-t-elle progressivement, car elle ne rencontre d'obstacle que du côté des tissus avoisinants.

Ainsi le sac peut être ou de nouvelle formation ou formé par les tuniques interne et externe (an. *spontanés*), par la tunique externe seule (an. mixte externe).

Il peut être *circonférentiel* (*fusiforme* des auteurs) ou *latéral*. Il peut être irrégulier surtout dans l'anévrysme faux consécutif ; il est évident que si le sang ne s'est pas épanché en dehors de l'artère, la poche sera plus régulière et ne présentera pas, en ses différents points, les mêmes différences d'épaisseur, de résistance, etc. De même pour les adhérences contractées avec les tissus voisins, elles seront surtout fréquentes lorsque le sang se sera épanché dans les tissus.

Disons que le sac est rouge, se présentant d'ordinaire sous l'apparence d'un bourgeon charnu (*Obs.* VII), framboisé (*Obs.* XVII). Son volume est très variable ; nous en reparlerons à propos des symptômes.

Connaissant le *contenant*, tâchons de connaître le *contenu*. M. Richet, en ouvrant le sac (*Obs.* XVIII), trouve des caillots mous n'ayant aucune tendance à s'organiser. M. Mollière (*Obs.* IX) trouve aussi des caillots mous, mais de plus un dépôt fibrineux contre la face interne du sac. Les caillots fibrineux forment-ils un épaissement réel de la paroi ou peuvent-ils se désagréger facilement? le sang peut-il s'infiltrer au-dessous et les rejeter à l'intérieur du sac? La question a été discutée par les auteurs, elle n'est pas résolue. Quoi qu'il en soit, le sang à l'intérieur de l'anévrysme a une grande tendance à se coaguler.

Tantôt il forme des caillots mous rappelant assez ceux d'une saignée, tantôt des caillots fibrineux qui s'organisent par couches concentriques et font un revêtement à la paroi; tantôt enfin, les deux sortes de caillots. Seuls, les anévrysmes spontanés, quand l'endothélium ne présente pas d'érosions, peuvent ne contenir que du sang liquide.

Quand le canal artériel ne communique plus avec la poche, soit à la suite du traitement, soit pour une autre raison, on peut trouver dans cette poche de la sérosité (*Obs.* XVI); une matière noirâtre analogue à du chocolat (*Obs.* VIII); ou un caillot rétracté, durcifié (ABEILLE, *Bull. therap.*, 1877, p. 508).

Dans aucune des observations publiées, il n'est question de l'augmentation du calibre artériel au-dessus de la tumeur. Il n'est pas étonnant, grâce aux anastomoses si nombreuses à la main, que la pression ne soit guère augmentée au-dessus de la tumeur, il s'ensuit que le calibre artériel reste à peu près le même.

Enfin nous terminons la pathogénie par une remarque. Le plus souvent, les anévrysmes de la main, grâce à leur petitesse, n'amènent guère de modifications dans les tissus avoisinants ; parfois un peu d'œdème ; nous en reparlerons à propos des symptômes.

Symptômes.

Quand l'anévrysme est formé, qu'il soit spontané ou qu'un traumatisme lui ait donné naissance, il se manifeste par un gonflement, d'ordinaire mal circonscrit, siégeant le plus souvent à la paume de la main. Toutefois, si c'est l'arcade profonde qui est intéressée, il peut siéger au dos de la main ou plutôt en occuper les deux faces (*Obs. XIV*). On le trouve à la commissure du pouce à l'index (*Obs. XV*), au 1^{er} espace interosseux (*Obs. XVI*). Dans ce cas, on comprendra bien que si l'anévrysme siège sur la radiale au point où celle-ci est encore dorsale, il ne puisse faire saillie qu'au dos de la main.

La tumeur a tantôt le volume d'une fève (*Obs. I*), tantôt celui d'une noisette (*Obs. XV*), d'un noyau d'abricot (*Obs. III*), d'une châtaigne (*Obs. IX*), d'une pomme (*Obs. V*). Parfois la tuméfaction extérieure, grâce à la compression des veines et au gonflement qui s'ensuit, peut faire croire à un anévrysme plus volumineux qu'il n'est en réalité. Témoins la tumeur grosse comme un noyau d'abricot (*Obs. III*) qui correspondait à un sac gros comme un pois. Il est vrai que dans une région vasculaire comme la main, l'anévrysme n'apporte que rarement une gêne à la circulation en retour.

Quoi qu'il en soit, la tumeur est immobile sur les parties profondes, ce qu'explique son adhérence à l'artère. Elle est rénitente, élastique, plus ou moins réductible, selon la

présence de plus ou moins de caillots. Parfois elle est fluctuante quand la poche est remplie de sang liquide.

A la surface, la peau est ordinairement mobile, sans changement de couleur, excepté à l'endroit de la plaie ou de la cicatrice. Cependant la peau est quelquefois rougeâtre (*Obs.* XI), violacée même. Nélaton cite un cas où elle s'est distendue, puis ulcérée ; l'anévrysme se voyait au fond de la plaie.

D'ailleurs il n'est pas très rare de voir l'anévrysme ; assez souvent c'est à travers les lèvres de la plaie qu'il vient se montrer (*Obs.* VII).

Parmi les symptômes physiques, citons les battements avec expansion de la tumeur. Ces deux signes sont d'une grande importance et pourtant nous verrons, à l'étude du diagnostic, qu'on a quelque peu exagéré leur valeur.

Grâce peut-être à la petitesse des anévrysmes de la main, et aux difficultés d'exploration, le frémissement vibratoire (*Thrill* des Anglais) n'a pas été observé. De même, le bruit de souffle, si net à certaines régions, n'a été entendu à la main que deux ou trois fois (*Obs.* XIII).

Tandis que dans les anévrysmes en général, il suffit de comprimer l'artère entre la tumeur et le cœur pour faire cesser battements, expansion, souffle, ici, à cause de la circulation collatérale, il faut presque toujours comprimer la radiale et la cubitale. La compression des deux artères ou de l'une d'entre elles, produit quelquefois un autre phénomène, l'affaissement, plus ou moins complet de la tumeur. Il est évident que ce symptôme est accusé surtout quand il n'y a pas de caillots dans le sac, en particulier dans des anévrysmes spontanés.

D'ordinaire, l'anévrysme de la main est indolore. Cependant il peut comprimer quelques filets nerveux ; il amène parfois un engourdissement, des fourmillements etc. Dans un cas cité par Chassaignac (*Journ. de Méd. et chir. pratiq.*, 1857, p. 67), il a pu produire des élancements dans les deux derniers doigts et une insensibilité complète dans les points où se distribue le nerf cubital. Un malade de M. Verneuil ne souffrait nullement quand il était au repos, mais il ne pouvait travailler une heure sans éprouver une gêne dans l'annulaire et le petit doigt. D'après M. Blum (*Chirurgie de la main*), la compression nerveuse peut amener une véritable paralysie de la main. Les différents mouvements de la main seront plus ou moins gênés par un anévrysme. Par exemple un anévrysme de l'éminence thénar empêchera le mouvement d'opposition du pouce ; un anévrysme de la paume empêchera les mouvements de préhension, etc.

Diagnostic.

Au premier abord, le diagnostic différentiel, au moyen des grands symptômes, battements et expansion, semble très facile. Nous allons cependant voir par trois ou quatre exemples qu'ils sont parfois sujets à caution.

L'absence de ces symptômes a trompé Guattani, qui, se trouvant en face d'une tumeur liquide non pulsatile, l'ouvrit et vit jaillir du sang. Pour la même raison, un médecin en ville ponctionne un anévrysme et Roux ne peut arrêter l'hémorrhagie (*Obs. V*). M. Verneuil se trouvant en face d'un anévrysme qui ne communique plus avec l'artère et qui par conséquent, ne présente ni battement ni souffle, le prend pour un fibrome (*Obs. XVI*).

En regard de ces faits, nous croyons devoir citer une erreur en sens contraire. Ici la présence de mouvements pulsatiles fit prendre pour un anévrysme, un kyste synovial (*Obs. XIX*). Et il ne s'agissait pas de battements avec soulèvement en masse du kyste, comme cela arrive pour des tumeurs placées au voisinage d'artères, mais d'un mouvement d'expansion absolument net. Lors de l'opération, on tomba sur un kyste synovial que traversait de part en part l'artère radiale, au niveau du poignet.

Ainsi le diagnostic n'est pas sans présenter des difficultés. Quand il s'agit, comme dans le cas précédent, d'une tumeur prise pour un anévrysme, l'erreur n'est pas grosse de conséquences. Il n'en est pas de même quand c'est un

anévrisme qu'on prend pour une tumeur d'autre nature : témoin le malade de Roux (*Obs. V*).

Les tumeurs liquides qu'on rencontre à la main, sont surtout les kystes synoviaux, nous avons vu, par un exemple, que le diagnostic n'est pas toujours facile.

Dans des cas analogues à celui de l'*observation XIX*, il va sans dire que la compression des artères arrêterait les battements comme pour l'anévrysme. Mais elle ne saurait produire que dans l'anévrysme l'affaissement de la tumeur. Il n'y a qu'un inconvénient ; cet affaissement fait trop souvent défaut, même dans l'anévrysme.

Nous ne parlerons pas du diagnostic différentiel avec le phlegmon suppuré ; outre les trainées de lymphangite, les phénomènes généraux ne permettent guère de s'y tromper. L'erreur ne pourrait se faire qu'en cas d'inflammation considérable du sac.

Les tumeurs solides ont été confondues avec l'anévrysme. Lorsqu'elles présentent des battements, qu'elles sont soulevées par une artère, M. Marey prétend que pour lever les hésitations, il faut appliquer le sphygmographe ; dans la tumeur anévrysmale, « il donnerait un tracé d'une grande amplitude » ; dans la tumeur solide « il n'accuserait aucune pulsation ou du moins des pulsations plus faibles que sur une artère ordinaire ».

Mais où le diagnostic devient très difficile et quelquefois impossible, c'est quand il y a absence de battements. Pour le névrome, on sera guidé par les douleurs qui ne sont jamais aussi violentes dans l'anévrysme. Dans les tumeurs peu douloureuses, fibrome, lipome, etc., on devra, comme dans les autres cas d'ailleurs, recourir aux commémoratifs.

On tiendra compte de la profession du sujet, de l'origine du mal, de son siège, des symptômes antérieurs à l'examen, etc.

Exemple : Un individu s'est piqué il y a quelques semaines ; une hémorrhagie par saccades s'en est suivie. Il vient nous trouver avec une tuméfaction siégeant au niveau de l'arcade superficielle ; cette tuméfaction augmente progressivement ; le malade y percevait des battements qui ont cessé depuis 15 jours.

Nous aurons beau ne pas retrouver les signes d'anévrysme, nous devrons fortement les soupçonner, et nous serons guidé dans nos soins ou notre intervention par le diagnostic « anévrysme ».

Nous ne parlerons que pour mémoire de la tumeur cirsoïde, qui présente des points de contact avec l'anévrysme, soit les battements, le bruit de souffle etc. Elle présente des bosselures bien caractéristiques, parfois des nœvi superficiels qui empêchent toute confusion.

Une fois le diagnostic « anévrysme » posé, il faut encore pouvoir dire quelle est l'artère atteinte. Nous l'avons vu à l'étiologie, une tuméfaction faisant saillie au dos de la main appartiendra souvent à l'arcade profonde. Mais celle-ci donnera parfois une saillie à la face palmaire. Dans ce cas le siège sera au-dessus de la ligne transversale qui va de la commissure du pouce au bord cubital, cette ligne correspondant au sommet de l'arcade superficielle. Enfin une connaissance suffisante des artères de la main indiquera presque toujours le siège de la lésion.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Pronostic.

La marche est loin d'être toujours la même. Elle est plus lente dans les anévrysmes spontanés que dans les anévrysmes traumatiques (*Obs. I et II*). De plusieurs années chez ceux-là, la durée dépasse rarement plusieurs mois chez ceux-ci. Cependant un anévrysme spontané, après être resté longtemps à l'état stationnaire, peut, sans motif apparent, prendre un développement très rapide. L'*observation II* nous montre deux anévrysmes spontanés restés petits pendant les années d'enfance du malade, augmentant à l'âge de 16 ans et devenant presque subitement fort douloureux.

Les anévrysmes traumatiques, qui se manifestent quelques jours après l'accident, — 5 jours (*Obs. VI*) ; 7 jours (*Obs. VII*), — marchent progressivement, jusqu'au moment où, devenus volumineux et quelquefois douloureux, ils commencent à inquiéter le malade, soit au bout de 1 mois (*Obs. XIV*), plus rarement 3 mois (*Obs. XVI*).

Parfois survient la rupture du sac (*Obs. VII*). Cet accident est à redouter comme toutes les causes d'hémorrhagies, ne serait-ce que pour l'anémie qui peut s'ensuivre.

Nous ne considérons pourtant pas le pronostic comme très grave : nous ne connaissons que deux cas de mort, celui de A. PETIT (*Méd. du cœur*, 1806) et celui de Roux (*Obs. V*). Encore faut-il, pour celui-ci, incriminer, et l'erreur de diagnostic et la prédisposition du malade aux hémorrhagies.

Nous avons, il est vrai, à côté de ces deux terminaisons fatales, des terminaisons au moins malheureuses : le sphacèle des téguments (*Obs.* XII), la perte de la main (*Obs.* X). Ces deux derniers accidents étant, ce nous semble, imputables au traitement, ne doivent pas trop assombrir le tableau.

En somme le pronostic n'est pas très grave, mais il est sérieux, surtout quand il s'agit d'anévrysme de l'arcade profonde ; ici c'est la difficulté de l'intervention directe qui augmente les chances d'accidents.

Enfin, ne l'oublions pas, la guérison spontanée, malgré sa rareté, peut avoir lieu. D'ailleurs, nous en verrons les causes ordinaires d'après M. Verneuil à la suite de l'observation XVI.

Traitement préventif.

Si l'anévrysme est spontané ou même s'il est dû à une contusion, rien ne permet de le prévoir. Quand il y a plaie de la main avec hémorrhagie, c'est autre chose ; on a des chances de le voir se produire ; on doit tout faire pour l'en empêcher.

Dans la plupart des cas observés, le sang a été arrêté par un pansement compressif ou par le perchlorure de fer, et Dieu sait si on en abuse ! Dans les cas heureux, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite les jours suivants. Bientôt le malade, se croyant à l'abri de toute complication, reprenait ses occupations jusqu'au jour où un anévrysme le forçait de les suspendre à nouveau. Eh bien ! c'est contre cette manière de faire que nous ne saurions trop nous élever.

La compression, employée seule, est un mauvais mode de traitement préventif. Elle peut arrêter l'hémorrhagie mais n'empêche pas la complication que nous étudions. Sur 33 cas relevés par Horteloup, la compression directe arrêta définitivement l'hémorrhagie 16 fois ; mais sur les 16 fois, il y eut huit terminaisons par anévrysmes (*Gaz. hebdom.*, 1868, p. 194).

Nous aurons l'occasion de revenir sur les différents moyens de compression faciles à employer dans la région qui nous occupe. Disons seulement un mot d'une méthode dont nous n'aurons plus à reparler. Une éponge imbibée de perchlorure de fer est introduite dans la plaie. Elle se

gonfle et produit une compression excentrique ; elle est chassée à mesure que s'opère la cicatrisation. Ajoutons que les plaies de la main sont rarement assez larges et surtout assez profondes pour permettre l'introduction d'une éponge même petite, et ce n'est pas nous qui conseillerons un débridement pour y arriver ! De plus elle exposerait à une suppuration qu'on peut éviter avec l'antisepsie.

La plupart des autres méthodes, cautérisation, styptiques, absorbants, réfrigérants etc. peuvent, comme la compression directe ou le perchlorure de fer, arrêter l'écoulement sanguin mais non prévenir l'anévrysme.

La flexion de l'avant-bras sur le bras ou la compression de l'humérale doivent être considérés comme des adjuvants et non comme des modes de traitement à employer seuls. D'ailleurs, avec ces méthodes, si nous serrons trop peu, nous diminuons la force du jet sans arrêter l'hémorrhagie ; nous favorisons jusqu'à un certain point la formation d'un anévrysme diffus. Si nous serrons trop fort, le malade ne supporte pas l'appareil ou bien le supportant, il est exposé à la gangrène.

L'*uncipressure* et l'*acupressure* rendront des services, quand on ne pourra pas saisir les deux bouts de l'artère. Quand, pouvant les saisir, le chirurgien éprouvera de grandes difficultés pour les lier, il aura recours à la *forcipressure*.

Enfin, chaque fois que la *ligature* des deux bouts dans la plaie sera possible, il faut la pratiquer ; c'est elle qui met le mieux à l'abri, et d'une hémorrhagie secondaire et d'un anévrysme consécutif.

Tout ce que nous pourrions dire de la *ligature à distance*

est applicable au *traitement curatif*; nous y reviendrons.

Terminons par une remarque d'une utilité pratique. Quand le médecin, pour une raison quelconque, n'aura pas lié les deux bouts de l'artère, il pourra, pour conjurer une hémorrhagie secondaire, agir comme M. Millet (*Obs.* VII). Il placera sur le bras, un appareil disposé de telle façon que les personnes de l'entourage puissent, au moindre écoulement de sang, faire la compression de l'humérale, en attendant l'arrivée du médecin.

Traitement curatif.

Parmi les malades traités pour des anévrysmes de la main, il n'en est peut-être pas deux qui l'aient été de la même façon. Au milieu des avantages et des inconvénients inhérents à chaque méthode, on peut être embarrassé pour en choisir une. Avant d'arrêter définitivement son choix, on devra ne pas perdre de vue que le traitement varie avec le siège de la tumeur. Nous aurons donc à rechercher, pour chaque partie de la main, une méthode de choix ; mais auparavant, nous croyons utile de nous arrêter un instant aux moyens dangereux, ou inefficaces, à ceux que nous ne conseillerons dans aucun cas, puis aux moyens peu efficaces, à ceux qui ne peuvent que servir d'adjuvants.

I° MODES DE TRAITEMENT DANGEREUX OU INEFFICACES.

Nous repousserons de toutes nos forces les *injections coagulantes*. On sait que les liquides introduits dans la poche et en particulier le perchlorure de fer, ont pour but d'y coaguler le sang. Malheureusement, ils déterminent en même temps une irritation des parois, capable d'y amener des inflammations, des suppurations, parfois des hémorrhagies. Ces injections exposent à des accidents plus graves encore : outre les fragments de caillots qui pourraient être entraînés dans le torrent circulatoire, la solution elle-même pourrait passer dans les artères et aller plus ou

moins loin coaguler le sang, Dans une région aussi vasculaire que la main, ce danger est plus à craindre que dans la plupart des autres régions. Keen (*Obs. X*) semble mal inspiré, en prétendant que la gangrène survenue à la suite de l'injection de Monvel était due à l'absence de la radio-palmaire. D'après la remarque de M. Delbet, cette anomalie était plutôt favorable à la méthode puisque la diffusion de la solution ne pouvait se faire du côté de l'artère radiale. Aussi, bien que les injections coagulantes aient donné un ou deux résultats satisfaisants (*Obs. XI*), on ne doit pas risquer des accidents comme le précédent.

La *galvano-puncture* proprement dite ou l'*électrolyse* ne sont guère plus recommandables.

Guérineau (*Arch. méd.*, 1847, p. 897), donne bien un cas de guérison par la *galvano-puncture* ; mais il lui avait associé la compression directe et la compression à distance ; il est difficile, dans ces conditions, de refuser à ces deux méthodes une certaine part du succès.

En lisant le cas de Bulteau (*Obs. XII*) on se rendra compte des accidents imputables à l'électrolyse, et surtout de son inefficacité puisque ce n'est pas elle qui a amené la guérison.

Nous ne parlerons ni de la *malaxation*, ni de l'introduction dans le sac de *corps étrangers*, moyens qui semblent n'avoir jamais été employés à la main et qui ne le seront jamais, espérons-le !

II° MODES DE TRAITEMENT PEU EFFICACES
(pouvant être associés à d'autres).

A citer l'*élévation du membre*, les *réfrigérants*, la *flexion* de l'avant-bras sur le bras. Celle-ci, en diminuant la vitesse du sang, favorise la formation de caillots fibrineux et par conséquent l'obturation du sac. Mais nous en connaissons les inconvénients ; nous ne l'emploierons guère.

Un moyen dont les chirurgiens ont usé bien plus souvent, c'est la *compression*. Avant l'antisepsie, une extrême prudence était de rigueur ; on ne devait arriver à l'opération sanglante qu'après l'échec des autres modes de traitement. Aujourd'hui, la même crainte ne serait pas de mise. Aussi ne perd-on plus guère son temps à une compression souvent inefficace, parfois dangereuse.

La *compression directe* surtout est à redouter ; elle gêne la circulation collatérale et la circulation veineuse, de plus elle expose à l'inflammation de la poche et à la rupture du sac (Delbet). Le cas de Letenneur (*Obs.* VIII) vient à l'appui de cette opinion et un des nôtres (*Obs.* VII) semble d'accord avec celui de Letenneur.

Enfin, et c'est là un des plus grands inconvénients de la compression directe, il est difficile de régler l'appareil de façon à ce que la pression soit supportable tout en étant efficace.

M. Laplace (*Th. Paris*, 1886) a bien inventé un appareil destiné à encapsuler la tumeur. Mais, selon la judicieuse remarque de M. Delbet, c'est un moyen de compression indirecte, car ce sont les bords de la capsule qui compriment

la périphérie de la tumeur, par conséquent les vaisseaux afférents et efférents.

La compression rend donc plus de services quand elle est indirecte ! ceci n'est pas niable : Vicelli (Hop. de Treviso, *Soc. chirurg.*, 1867, p. 354) obtint en 30 *minutes*, par la *compression digitale*, la disparition du souffle et des battements. Ceux-ci ne reparaissant pas, il ne restait un mois après qu'une petite tumeur dure réduite de moitié. Piltha (*Gaz. hebd.*, 1866, p. 334), par une *compression continue* sur la radiale, la cubitale et parfois l'humérale, guérit en 12 *heures* un anévrysme de la radiale.

Pourtant deux ou trois cas comme ceux-là, ne suffisent pas à provoquer notre enthousiasme ! Nous citons un exemple de guérison par cette méthode (*Obs. IV*), mais en *quelques mois* ! Franchement, tout le monde n'en passerait pas par là ! Une opération d'une demi-heure avec guérison complète au bout de *quelques jours* nous semble préférable. Ajoutons que les observations VIII et IX nous permettent de compter des insuccès imputables à la méthode. Si l'on voulait rechercher tous les cas où la compression indirecte n'a pas été supportée, on en trouverait probablement pas mal. *Continue*, elle est excessivement douloureuse ; *intermittente*, le malade s'y accommode plus facilement. Encore doit-elle se faire à l'aide des doigts ! si c'est à l'aide d'un appareil, on peut être sûr que le malade s'en débarrassera avant l'heure prescrite. Mais la compression *digitale* est-elle toujours praticable ? A l'hôpital, où l'on peut mettre sur pied un personnel suffisant, on peut l'essayer. Mais en ville, pourra-t-on se fier au malade et à son entourage ?

Si, malgré ses inconvénients, la compression indirecte est indiquée comme complément d'un autre traitement (voir plus loin aux *anévrismes profonds*), elle portera :

1° Sur la *radiale* seule (anév. de l'arcade profonde et de la radio-palmaire) ;

2° Sur la *cubitale* seule (anév. de l'arcade superficielle) ;

3° Sur les deux artères, ce qui est plus sûr ;

4° Alternativement sur chacune d'entre elles, ce qui est moins pénible ;

5° Enfin sur l'humérale.

III° MÉTHODES CURATIVES PROPREMENT DITES (OPÉRATIONS SANGLANTES).

Avant de choisir entre ces méthodes, il faudra toujours avoir diagnostiqué l'artère malade ; nous avons vu plus haut le moyen d'y arriver. N'insistons pas et disons immédiatement comment nous diviserons cette courte étude : nous occupant d'abord des anévrysmes de la région carpo-métacarpienne, nous terminerons par ceux des doigts.

a) Région carpo-métacarpienne.

Nous ne saurions donner une règle absolue pour tous les anévrysmes de cette région, les uns étant bien plus faciles que les autres à atteindre par une intervention directe. Aussi commencerons-nous par les plus superficiels pour finir par les plus profonds.

Parmi les premiers, nous avons en vue surtout ceux de l'*arcade palmaire superficielle*. Nous les savons prédisposés aux ruptures (*Obs. VII*) ; nous connaissons leur ten-

dance à un accroissement continu. D'autre part, nous n'avons pas d'organes importants à léser dans une intervention directe. Alors pourquoi des retards? Allons-nous par des hésitations exposer le malade aux hémorrhagies et à leurs conséquences?

Opérons sans crainte : appliquons tout d'abord la bande d'Esmarch et à ce propos il est bon de s'arrêter à un procédé recommandé par M. Comte (*Th. de Lyon*, 1885). Il consiste à serrer la bande suffisamment pour produire un certain degré d'ischémie, mais non pour aplatir complètement la poche. Eh bien ! le procédé n'est pas bon car il augmente l'hémorrhagie veineuse ; le sang inonde la plaie, on ne peut plus rien voir. Ajoutons que le plus souvent, les caillots se chargent de faire saillir la poche. Nous serons donc fortement la bande et nous inciserons les téguments couches par couches jusqu'à la tumeur. A ce moment nous verrons si elle est très adhérente aux tissus voisins. Si la dissection en est facile nous l'extirperons en masse, non sans avoir lié tous les vaisseaux afférents et efférents. Enfin, avant de refermer la plaie, nous enlèverons la bande, de façon à voir si tout est bien lié.

D'après M. Delbet, sur sept cas d'*extirpation* du sac, on cite sept succès ; l'observation IX est instructive à ce propos, car le malade guérit en 8 jours ; dans l'observation II, il s'agit de deux tumeurs extirpées du même coup. Cette méthode est excellente, mais quand le sac ne peut être séparé des tissus voisins, qu'il se confond avec eux, force est d'avoir recours à son *incision*.

Ici, une compression qu'on pourra suspendre et reprendre à tout instant est préférable ; aussi la bande d'Esmarch

sera-t-elle retirée et la compression digitale sera-t-elle pratiquée. Il sera toujours temps, si c'est nécessaire, de reprendre la bande d'Esmarch.

Le plus souvent, un aide ayant un pouce solidement appliqué sur la radiale et l'autre sur la cubitale sera maître de l'hémorrhagie ; il pourrait encore faire la compression de l'humérale.

L'ouverture faite, le chirurgien débarrasse le sac des caillots, fait suspendre la compression pour voir d'où vient le sang et va lier les vaisseaux. Si le sang n'arrive pas, il peut absterger l'intérieur de la poche ; suivant l'exemple de M. Tillaux (*Obs. VII*), la gratter avec le manche du bistouri, faire faire des frictions sur le bras.

Ces précautions sont surtout utiles quand, après avoir lié les principales artères, on voit le sang s'arrêter ; rien ne prouve que des collatérales ne donneront une hémorrhagie dans la journée. C'est donc avec grand soin qu'on liera tous les vaisseaux afférents et efférents. Quand on ne pourra pas les lier, on laissera la pince hémostatique en place. Si la forcipressure elle-même présente des difficultés insurmontables, comme cela est arrivé à M. Pozzi (*Obs. XIII*), comme lui, on aura recours à l'*acupressure*. Tout ce que nous avons dit de l'anévrysme de l'arcade superficielle est applicable à ceux du dos de la main et de la tabatière anatomique. Autrement dit, pour les anévrysmes du dos comme pour les anévrysmes superficiels de la paume, nous recommanderons : 1° l'*extirpation* ; 2° l'*incision* chaque fois que des adhérences trop nombreuses empêcheront l'extirpation.

L'extirpation est préférable : M. Delbet nous en donne

les raisons : « L'incision qui laisse le sac est défavorable à la réunion primitive ; elle expose aux hémorrhagies secondaires, en raison des nombreuses collatérales qui s'ouvrent presque toujours dans le sac. En outre, le sac resterait sous la cicatrice comme un noyau fibreux qui pourrait déterminer des douleurs en comprimant des nerfs et qui gênerait le fonctionnement de la main. »

L'intervention directe, si efficace quand la tumeur est superficielle, peut devenir dangereuse quand il faut inciser aponévroses, gâines et tendons pour arriver jusqu'à lui. Couper les tendons en travers ? Nous savons qu'on peut les suturer : mais malgré toutes les précautions antiseptiques, rien ne nous autorise à tenter une opération pareille, quand nous avons à notre disposition d'autres moyens de traitement.

Parmi ces moyens, celui qui tient le premier rang, est sans contredit la *ligature à distance*.

On pourra suivre l'exemple de M. Schwartz pour notre malade de la maison de santé (*Obs. XIV*). Voyant qu'il avait affaire à un anévrysme de l'arcade profonde, M. Schwartz lia d'abord la radiale. Evidemment on doit lier d'abord l'artère qu'on regarde comme devant fournir le plus de sang. On pourrait aussi faire la ligature de la cubitale ; mieux vaut l'éviter si elle est inutile. Quand les battements se sont arrêtés après la première ligature, ce qui est arrivé pour le malade en question, on pourra de suite appliquer un pansement légèrement compressif du côté de la cubitale. Les battements viendraient-ils, grâce aux anastomoses, à réapparaître dans la tumeur, on augmenterait la compression de la cubitale ou s'il le fallait on la lierait sans crainte.

Enfin quand on aura procédé de cette façon, on aura certainement assez ralenti le cours du sang pour permettre aux caillots de s'organiser. Il n'en est pas de l'anévrysme comme de l'hémorrhagie, qui oblige parfois de lier l'humérale puis l'axillaire sans que le retour du sang soit garanti.

En somme, le procédé de choix pour les anévrysmes *profondément situés*, nous semble être la *ligature à distance* associée au besoin à la *compression indirecte*. Ajoutons qu'une *compression directe* légère destinée à maintenir la tuméfaction plutôt qu'à l'écraser pourra être aussi un bon adjuvant.

b) *Doigts et commissures des doigts.*

L'anévrysme des doigts étant fort rare, nous n'aurons guère de renseignements à tirer que d'une ou deux observations.

Abeille (*Bull. thérapeutique*, 1877, p. 508), guérit un anévrysme du pouce par la compression digitale; celle-ci fut continue pendant trois jours et trois nuits, intermittente ensuite. Au bout de cinq jours il ne restait de l'anévrysme qu'une plaque dure, due au caillot durcifié.

Malgré ce beau succès, nous l'avons dit, la compression digitale ne doit pas être considérée comme méthode de choix. Nous n'y revenons pas; d'ailleurs nous avons un beau succès à l'actif de l'intervention sanglante, c'est celui de M. Schwartz (*Obs.* XV). En un mot, s'il est une région où l'anévrysme soit superficiel et par conséquent où l'*extirpation* en masse soit indiquée, c'est le long des doigts et dans les commissures des doigts.

Conclusions.

I. — A la main, pas d'anévrysmes artério-veineux ; rareté de l'anévrysme spontané ; fréquence relative de l'anévrysme artériel traumatique (17 fois, sur 72 blessures artérielles, Martin).

II. — Causes : Plaies par instruments, *piquant* (cause ordinaire), tranchant, à la fois piquant et tranchant ; contusion, réduction d'une luxation, présence d'un foyer purulent ; plaie par arme à feu, etc.

III. — Evolution, rapide pour l'anévrysme traumatique, lente pour l'anévrysme spontané.

IV. — Importance de l'*expansion* ; ne pas exagérer pourtant sa valeur : un diagnostic basé seulement sur ce symptôme est sujet à caution.

V. — Traitement (Voir le tableau).

TRAITEMENT PRÉVENTIF (au moment de l'hémor- rhagie.)	Moyens <i>ineff-</i> <i>caces</i> pouvant arrêter l'hémor- rhagie, mais non empêcher la formation de l'anévrysme.	Absorbants. Réfrigérants. Coagulants. Cautérisation	Compression Directe. Indirecte.
	Moyens à <i>em-</i> <i>ployer</i> .	Dans le cas où la ligature ne peut être pratiquée. Ligature.	
		Acupressure. Forcipressure. A distance. Des deux bouts dans la plaie.	

TRAITEMENT CURATIF Modes de trai- tement.	1° <i>Dangereux ou inefficaces.</i>	A ne pas employer.	Injections coagulantes. Galvano - puncture. Malaxation.
	2° <i>Peu efficaces</i> (adjuvants).	Autres que la compression	Élévation du membre. Réfrigérants. Flexion.
		Compression.	Directe. Indirecte.
		Anévrysmes <i>superficiels.</i> (Arcade palm. superf. Dos de la main. — Tabatière anatom. — Doigts, etc.)	<i>Incision</i> du sac. <i>Extirpation</i> (méthode de choix).
	3° Efficaces.	Anévrysmes <i>profonds</i> (arcade palmaire profonde).	<i>Ligature à distance</i> (associée à la compression indirecte ou directe).

OBSERVATIONS.

On a rarement l'occasion de voir des anévrysmes de la main. Aussi n'avons-nous qu'un nombre fort restreint d'observations inédites. Nous avons cru nécessaire de résumer quelques-unes de celles qu'on a publiées déjà et qui présentaient un intérêt au point de vue pathologique ou thérapeutique.

Nous commencerons par deux observations d'anévrysmes spontanés. La première est intéressante par la symétrie des anévrysmes. Les deux, par la multiplicité des tumeurs, sont en faveur d'une sorte de diathèse anévrysmale !

OBSERVATION I.

MORGAGNI (*Annales de thérapeutique*, 1844, t. II, p. 151).

Dans ses dernières années, Ramazzini voit se former au dos de chaque main, à l'angle qui sépare le pouce de l'indicateur, un anévrysme gros comme une fève.

Avait éprouvé, avant leur développement, de violentes palpitations de cœur, une migraine intolérable.

Il mourut d'apoplexie.

OBSERVATION II.

J. ROBERTS (*Boston medic. and. Surg. Journal*, 1882).

Deux anévrysmes à la même main.

Existaient depuis l'enfance ; grossissent et deviennent douloureux à l'âge de 16 ans.

Extirpation en masse des deux tumeurs.

Elles étaient réunies par de petits vaisseaux, la plupart artériels, mais elles ne semblaient pas communiquer l'une avec l'autre.

A rapprocher de ces deux observations, celle d'un malade qui, à la suite d'une simple contusion, présente deux anévrysmes dont l'un plus élevé que le point contus. N'existait-il pas chez lui une prédisposition à l'anévrysme ?

Nous placerons immédiatement après un cas d'anévrysme consécutif à des chocs répétés.

OBSERVATION III.

DE SOMMÉ, *Chirurg. à Anvers*, 1833 (Th. Gauthier, Paris, 1844).

A l'éminence hypothénar gauche, anévrysme de la grosseur d'un noyau d'abricot. Un autre, plus haut sur la cubitale.

Survenus à la suite d'une chute sur la main. Incision qui met à découvert, dans la région hypothénar, un anévrysme gros comme un pois. Fil passé au-dessus et serré.

Guérison après plusieurs accidents !!

OBSERVATION IV.

DUVERNOY (*Th. de Paris*, 1870).

Chez un forgeron, anévrysme de la main dû aux chocs répétés du manche de marteau.

Compression directe sans résultat.

Compression des deux artères au moyen d'un appareil que le patient peut serrer ou desserrer à volonté.

Guérison en *quelques mois*.

On verra par l'observation suivante que la réduction d'une luxation peut causer certains anévrysmes de la main. On

verra aussi combien il peut être dangereux de ne pas diagnostiquer l'affection qui nous occupe.

OBSERVATION V.

ROUX (*Gaz. médic. de Paris*, 1837, p. 524).

Homme de 25 ans. — Très exposé aux hémorrhagies.

Luxation du pouce : réduction par le malade.

Tumeur se formant dès le lendemain et atteignant, au bout d'un mois, le volume d'une pomme.

Fluctuation sans pulsations.

Erreur de diagnostic du médecin qui ponctionne avec une lancette.

Hémorrhagie : compression de la radiale et de la cubitale sans résultat.

Ligature de ces deux artères sans plus de succès.

Le malade meurt le jour de cette dernière opération.

Nous allons mettre sous les yeux du lecteur plusieurs observations d'anévrysmes de l'arcade superficielle. L'une d'entre elles, l'*observation* VII qui est inédite, sera donnée avec plus de détails que les autres. Celle qui la précède (*Obs.* VI) donna à M. Verneuil l'occasion de s'élever contre les retards apportés à la ligature des deux bouts de l'arcade superficielle lors de l'accident et contre les retards apportés à l'opération de l'anévrysme une fois constitué.

OBSERVATION VI.

VERNEUIL (*France médic.*, 1874) (*Obs.* prise par BERGER).

Un cordonnier se blesse avec son tranchet. Hémorrhagie arrêtée au moyen du perchlorure, de l'amadou et de la compression.

Le malade explique que le sang jaillissait par saccades à plus de 50 centim. de distance, en passant par dessus le pouce, allant de

dedans en dehors. C'était donc l'arcade superficielle qui était lésée.

Petite tuméfaction pulsatile 5 jours après l'accident. M. Verneuil débride la plaie, débarrasse la poche des caillots qu'elle contient.

La tumeur étant au niveau de la naissance d'une interosseuse, ligature de celle-ci. L'arcade elle-même est comprise entre deux ligatures.

OBSERVATION VII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur TILLAUX et de M. le docteur MILLET, de Montmorency.

M. âgé de 10 ans, domicilié à Montmorency.

Entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Tillaux, le 17 septembre 1889.

Le 4 septembre, M. le docteur Millet était appelé auprès d'un enfant qui venait de se blesser en tombant sur un verre à boire. Un fragment avait pénétré dans la paume de la main à la partie supérieure ; il avait produit une plaie de 2 centim. environ, légèrement oblique sur une ligne transversale allant de la commissure du pouce au bord cubital. Autrement dit, il avait pénétré au niveau de l'arcade palmaire superficielle.

Le sang, qui avait jailli aussitôt, s'écoulait par saccades. M. Millet, introduisant dans la plaie une pince hémostatique, put saisir un des bouts de l'artère. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt ; M. Millet chercha l'autre bout ; mais ne le trouvant pas, il jugea prudent de ne pas pousser plus loin les investigations. Il laissa en place la pince hémostatique jusqu'au lendemain et fit un pansement compressif.

La compression directe était continuée quand, le 12 septembre, survint une nouvelle hémorrhagie. Syncope pendant laquelle l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même. A ce moment on pouvait voir, faisant saillie entre les lèvres de la plaie, une tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise, ayant l'apparence d'un bourgeon charnu.

Battements isochrones à ceux du pouls et mouvements d'expansion visibles à l'œil nu.

Nouveau pansement compressif direct avec compression légère au niveau de l'humérale. Pour cette dernière, M. Millet a disposé son appareil de telle façon que les parents de l'enfant puissent serrer fortement le lien à la moindre menace d'hémorrhagie.

Le 17 septembre, entrée à l'Hôtel-Dieu. Pansement au perchlorure de fer et au collodion. Hémorrhagie la nuit même. L'interne de garde l'arrête par la compression.

M. Tillaux constate les symptômes d'anévrisme dont nous avons parlé plus haut ; la tumeur a acquis maintenant le volume d'une noisette.

Le 19 septembre, *opération* : Un aide est chargé de la compression. M. Tillaux, après avoir un peu agrandi la plaie extérieure, ouvre le sac anévrysmal. Il enlève des caillots mous dont celui-ci est rempli.

Après l'hémorrhagie de la nuit du 17, on est en droit de s'attendre à voir jaillir le sang par les ouvertures artérielles. Mais c'est en vain qu'on a cessé toute espèce de compression ; c'est en vain qu'on fait des frictions sur le bras pour augmenter la circulation ; c'est en vain que M. Tillaux gratte avec le manche du bistouri la paroi interne du sac, la plaie reste absolument exsangue ; sur cette paroi, on ne peut voir aucune communication artérielle.

M. Tillaux pense que dans ces conditions, il est inutile de prolonger l'opération en faisant la ligature de l'arcade superficielle en deçà et au delà du sac. Un pansement compressif direct est appliqué sur la plaie. Une surveillance spéciale est ordonnée.

A partir de ce jour il n'y a pas eu d'hémorrhagie. L'enfant sort de l'hôpital le 16 octobre (4 mois après).

Il est encore très anémié mais il est absolument guéri.

Le 19 mai 1891, trace blanchâtre de cicatrice à la paume de la main. Aucune gêne.

OBSERVATION VIII.

LETENNEUR (*Th. O'Neill*, Paris, 1875).

Anévrisme traumatique de l'arcade superficielle.

Compression digitale qui fait disparaître momentanément les battements.

Comme ils réapparaissent, compression directe.

Au bout de quelques jours, une poche mollassse s'ouvre ; il s'en échappe une matière chocolat.

Réflexions de l'auteur : « Un caillot passif avait d'abord oblitéré le sac, puis s'était désagréé et avait permis la rentrée du sang dans le sac. Agissant comme un corps étranger, il a déterminé l'inflammation de la poche et la formation, dans les deux bouts de l'artère, d'un bouchon de lymphe plastique ».

OBSERVATION IX.

MOLLIÈRE (*Th. de Comte*, Lyon, 1885).

X. employé, 49 ans. Piqûre avec un grattoir.

Hémorrhagie arrêtée par la ligature de l'arcade superficielle, probablement un des deux bouts seulement !

Anévrysme de la grosseur d'une châtaigne.

Opération : application préalable de la bande d'Esmarch. Extirpation du sac.

Le sac a la constitution de l'artère ; sa paroi interne est recouverte d'un dépôt fibrineux. Caillots mous à l'intérieur.

Pansements compressifs ; élévation du membre, guérison en huit jours.

OBSERVATION X.

KEEN (*Annales of Anat. and. Surg.*, 1882).

Anévrysme de l'arcade superficielle.

Injection de Monvel.

Gangrène de la main.

Désarticulation du poignet ; guérison.

L'arcade superficielle était formée par la cubitale seule. D'après Keen, cette anomalie aurait causé la gangrène ; nous avons discuté ce point lors du traitement par les injections coagulantes.

OBSERVATION XI.

VERNEUIL (*Soc. chirurg.*, p. 397, 1874).

Phlegmon de la paume de la main.

Incisions multiples.

Hémorrhagies secondaires.

Apparition tardive d'un anévrysme de l'arcade superficielle, qui n'avait point été atteinte par le bistouri. L'artère flottant dans le foyer purulent, fut prise de ramollissement aigu et se rompit brusquement, ce qui est fort rare.

Compression indirecte inefficace.

Injections de perchlorure de fer : guérison.

OBSERVATION XII.

BULTEAU (*Union médic. du Nord-Est*, 15 juin 1881).

Enfant de 8 ans.

Anévrysme traumatique de l'arcade superficielle.

Trois séances d'électrolyse. La peau se sphacèle et le sang suinte à travers la peau.

Ligature de la cubitale : les battements cessent, puis réapparaissent.

Ligature de la radiale.

Destruction du sac : cautérisation de ses parois au thermo-cautère, de façon à transformer l'anévrysme en plaie ouverte.

Cicatrisation complète huit mois après le début.

OBSERVATION XIII.

POZZI (*Gaz. méd. Paris*, 1880).

55 ans. — Athérome artériel.

Anévrysme traumatique de la région hypothénar.

Compression de la radiale et de la cubitale tolérée 5 à 6 heures par jour pendant 10 jours. — Insuccès.

Bruit de souffle intermittent.

Opération : bande d'Esmarch jusqu'au coude ; ligature de la cubitale au-dessus du poignet.

L'incision est prolongée jusqu'au niveau du sac que l'on dégage des connexions latérales.

Incision du sac ; ligature de plusieurs artères. L'une d'elles impossible à lier ; acupression au moyen d'une épingle dont on coupe la pointe et qu'on laisse en place.

Guérison après de légers accidents inflammatoires.

Après ces observations d'anévrysmes de l'arcade superficielle, nous allons en donner une de l'arcade profonde et une du pouce. Ces deux observations sont inédites.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire profonde.

P. M. étudiant, entré à la Maison de santé (service de M. SCHWARTZ), le 13 octobre 1890.

A la suite d'un coup de canif reçu il y a un mois dans la paume de la main, hémorrhagie assez considérable ; le sang s'écoule par saccades.

Pansement au perchlorure de fer, fait par un pharmacien ; la plaie ne saigne plus.

Mais bientôt le malade voit se produire un gonflement qui va augmentant progressivement.

Lors de son entrée à la Maison de santé, environ un mois après l'accident, on constate un effacement du creux de la main ; la peau de cette région est légèrement tendue ; elle présente une coloration rouge. Le dos de la main présente aussi une légère tuméfaction. Pas de douleurs. Gêne assez considérable apportée aux mouvements de la main et en particulier à ceux de flexion.

On perçoit dans la tumeur des battements isochrones à ceux du pouls ; ces battements sont accompagnés d'un mouvement d'expansion.

sion très net. En comprimant une des deux artères de l'avant-bras, on diminue battements et expansion ; en comprimant les deux, on peut les faire disparaître.

Opération le 16 octobre.

Incision au bistouri de la région palmaire suivant le sillon de l'éminence thénar.

M. Schwartz atteint la région de l'arcade superficielle et constate qu'elle n'est pas intéressée, c'est donc l'arcade profonde. Mais comment aller jusqu'au sac ? Profiter de l'ouverture faite ? Et les délabrements et les pertes de fonctions qui s'ensuivraient !

M. Schwartz renonce à une opération pareille ; il fait la ligature de la radiale au-dessus du poignet.

Pansement antiseptique. — Compression de la cubitale au moyen d'un rouleau d'ouate.

Le 24 octobre, le pansement est défait ; les points de suture sont enlevés, la plaie s'est réunie par première intention.

La tuméfaction du dos et celle de la paume de la main se sont affaïssées ; cependant on perçoit encore quelques battements bien affaiblis.

La compression est continuée du côté de la cubitale ; le malade sort le jour même (24 octobre), soit huit jours après l'opération.

Nous le revoyons trois mois, puis sept mois après l'opération ; il est absolument guéri.

OBSERVATION XV (inédite).

Anévrysme traumatique du pouce.

X. boucher, âgé de 25 ans. Hospice de Bicêtre, mai 1889.

Se fait avec son couteau une blessure à la main droite. La lame du couteau pénètre dans la commissure du pouce à l'index.

Hémorrhagie très violente qui s'arrête assez rapidement ; pas complètement toutefois, car 8 jours après, quand le malade vient à Bicêtre, la plaie saigne encore de temps à autre. Cette plaie, d'une longueur de 1 centim. environ, est située moitié sur la face interne, moitié sur la commissure du pouce.

Une tumeur pulsatile, grosse comme une noisette, s'est formée dans la région. On y perçoit battements et expansion. La compression de la radiale et de la cubitale les arrête ; la compression d'une des deux artères ne fait que les diminuer.

Traitement. — Hémostase préalable au moyen de la bande d'Es-march. Ligature de l'artère collatérale du pouce au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Extirpation d'un sac déjà formé aux dépens des parties molles avoisinantes.

Guérison après réunion par première intention.

OBSERVATION XVI.

Anévrysme de la collatérale externe de l'index ne communiquant plus avec l'artère.

VERNEUIL (*Gaz. hebd. Paris*, 1866, p. 472).

X. boucher, 26 ans, se blesse avec la pointe de son couteau au niveau du 1^{er} espace interosseux droit.

Tuméfaction de cette région 3 mois plus tard.

Ni souffle, ni battements, ni expansion.

Signes analogues à ceux d'un corps fibreux ; le siège seul est insolite.

Incision des téguments : tumeur adhérent aux régions voisines par des lames celluleuses longues mais résistantes. M. Verneuil la saisit avec les mors de la pince mais elle se vide sans qu'il puisse voir au milieu du sang répandu par l'opération, la nature du fluide qui s'en écoule. Il ouvre alors la poche et n'y trouve pas de caillots ; il l'extirpe en entier.

Pansement. — Hémorrhagie dans la nuit, le lendemain ligature de l'interosseuse dorsale dans le 1^{er} espace. Guérison.

Description de la pièce. — Paroi épaisse de 2 mm. Deux couches : l'une cellulo-fibreuse extérieure, l'autre mince, de nature fibrineuse, qui y adhère solidement et qui présente à sa face interne un aspect chagriné. Un caillot noirâtre, friable, mince, aplati, de 5 à 6 millimètres de long, en liberté dans le sac. Au fond, dans une

dépression, un caillot fibrineux adhérent, gros comme une tête d'épingle.

Plusieurs troncs artériels extirpés avec la tumeur adhèrent en un point qui correspond exactement à la dépression. Impossibilité absolue de trouver une communication entre les troncs artériels et la tumeur.

D'après M. Verneuil, la guérison spontanée de l'anévrysme est due à l'oblitération de l'ouverture qui fait communiquer l'artère voisine avec la poche. Il donne les causes probables de cette oblitération :

1° L'étroitesse de la communication artérielle.

2° La pression du sac sur l'artère, celle-ci reposant sur un plan solide (2^e métacarpien).

3° La direction oblique de l'artère par rapport à la voie de communication.

4° La malaxation : un caillot dans un mouvement d'opposition du pouce aurait été poussé dans l'orifice, s'y serait enclavé et y aurait contracté de solides adhérences.

M. Verneuil termine en faisant remarquer que le sac, malgré l'interruption du courant sanguin, au lieu de s'atrophier, semble avoir augmenté de volume. Etant organisé comme les cavités closes, il se serait rempli de sérosité.

OBSERVATION XVII.

WEISS (*Rev. médic. de l'Est*, 1^{er} nov. 1887).

Phlegmon de la main droite ; mauvais état général.

Incision. Drainage (les drains pénètrent à frottement dur dans la plaie).

Hémorrhagie 3 jours après. Compression.

Au bout de quatre semaines, petit bourgeon framboisé faisant saillie au niveau de l'incision.

Symptômes d'anévrysme (sur le trajet de la collatérale interne du pouce).

Compression intermittente sur le refus du malade de se laisser opérer.

Rupture du sac : l'hémorrhagie est arrêtée par une compression énergique.

Guérison en trois mois.

D'après M. Weiss, la perforation de la collatérale se serait produite sous une double influence, la présence du drain et le mauvais état général. On ne saurait l'attribuer à la blessure de l'artère au moment de l'opération, car celle-ci se fit sans écoulement de sang.

OBSERVATION XVIII.

RICHET (*Gaz. des Hôpitaux*, février 1882).

Traumatisme de la main par balle de revolver.

Un médecin débride la plaie, ce dont le blâme M. Richet, pour rechercher la balle.

Entrée à l'hôpital. — Irrigation continue.

Formation d'un anévrysme de l'arcade palmaire.

Rupture de ce dernier : hémorrhagie arrêtée par la compression de la radiale et de la cubitale.

M. Richet se demande si c'est la balle, ou un fragment osseux ou le débridement qui a amené la lésion artérielle ?

Il se demande aussi ce qu'on doit faire en pareil cas : une application de glace ? La compression ? Mais elles n'ont pas empêché trois hémorrhagies consécutives.

Il pense que la compression ne serait bonne que pour une plaie récente. Dans une lésion datant de plusieurs jours, les caillots fuient sous la compression et s'infiltrent

dans les gaines. Il conclut à la ligature des deux bouts de l'artère divisée.

Nous nous sommes expliqué sur cette question de compression ; nous pensons que même pour une plaie récente, elle n'est pas un mode de traitement suffisant.

Nous terminerons par l'observation inédite d'un kyste du poignet. On nous permettra de l'ajouter à un travail qui roule sur les anévrysmes. Elle est intéressante au point de vue du diagnostic différentiel entre l'anévrysme et les tumeurs liquides, quand celles-ci englobent complètement une artère.

OBSERVATION XIX (inédite).

Kyste synovial du poignet simulant un anévrysme.

M. employé de commerce, 50 ans. Service de M. Schwartz à la Maison de santé — chambre 10, lit 3. (Entrée : 4 avril 1890).

Antécédents. — Rhumatisme articulaire il y a 6 ans. A ce moment, souffle cardiaque ayant disparu depuis. Actuellement eczéma de la fesse.

Histoire de la maladie. — Il y a 6 mois, le malade s'aperçoit qu'il porte au poignet, sur le trajet de la radiale, une grosseur du volume d'un petit pois. Cette grosseur reste stationnaire pendant trois mois, puis augmente progressivement pour arriver au volume d'une noisette.

Le malade, qui a été soigné en ville pour un kyste, a été ponctionné le 29 mars. La ponction ne donna rien ; quelques gouttes de sang s'échappèrent par l'ouverture. Le taffetas gommé et une bande suffirent à arrêter l'hémorrhagie.

Symptômes. — Pas d'élancements. Seulement une sensation de lourdeur plus accusée la nuit. Douleur à la pression. Gêne pour les mouvements et en particulier pour la rotation.

Prenant la tumeur entre le pouce et l'index, nous percevons un mouvement d'expansion très net, correspondant à la systole ventriculaire. On ne saurait confondre ce mouvement d'expansion avec le soulèvement en masse d'une tumeur située sur le trajet d'une artère.

Dans ces conditions, le diagnostic *anévrisme* semble s'imposer.

Opération le 9 avril. — Incision sur le trajet de la radiale au niveau du poignet. Ligature de la radiale au-dessus et au-dessous de la tumeur. Extirpation en masse de cette tumeur, après avoir sectionné quelques adhérences profondes.

Les lèvres de l'incision sont suturées au crin de Florence.

Bien entendu on s'est entouré des précautions antiseptiques en usage pendant toute la durée de l'opération.

Terminaison. — Réunion par première intention.

Le malade sort guéri le 26 avril.

Examen de la tumeur. — Elle contient un liquide filant qu'on avait déjà vu sourdre des parties profondes au moment de l'extirpation. On est en face d'un kyste synovial qui communiquait avec l'articulation radio-carpienne ; c'est cette communication qu'on avait été obligé de couper lors de l'opération. La radiale traverse le kyste de part en part ; elle est saine.

D'ordinaire, quand une tumeur repose sur une artère, celle-ci la soulève en masse à chacun de ses battements.

Ici, l'artère étant englobée par le liquide lui transmet ses mouvements circonférentiellement, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Voilà ce qui explique l'expansion si nette qui causa l'erreur de diagnostic.

Vu :

Le Président de la thèse,
DUPLAY.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Rognetta.** — Tumeurs sanguines de la paume de la main (*Gaz. méd.*, 1834, p. 209).
- Belcœrdini.** — Anévrysme du moignon, consécutif à la désarticulation de la main (*Gaz. médic.*, 1844, p. 262).
- Horteloup.** — Traitement des hémorrhagies de la main (*Gaz. hebdom.* p. 494).
- Polaillon.** — Art. Main, *Dict. encyclop.*, p. 424 (tableau des observations contenant des renseignements bibliographiques, p. 424).
- Follin et Duplay.** — *Pathologie externe*, t. II, p. 458 et t. VII, p. 851.
- Le Dentu.** — Art. Main, *Dict. Jaccoud*, t. XXI, p. 349.
- Verneuil.** — Obs. d'anévr. (*Bull. soc. chir.*, juillet 1874, p. 390).
- Tillaux.** — Anév. de la main, traité par l'injection au perchlorure de fer. (*Soc. chirurg.*, p. 763, 1875).
- Richet.** — Anév. de l'arcade palmaire (*Gaz. des Hôpitaux*, février 1882).
- Blum.** — *Chirurgie de la main*, p. 170.
- Comte.** — *Quelques cas d'anévrysmes traités par l'extirpation du sac* (méthode de Purmann). Th. Lyon, 1885.
- Weiss.** — Anév. du 1^{er} esp. interdigital consécutif à un phlegmon (*Gaz. méd. de l'Est*, nov. 1887).
- Delbet.** — *Du traitement des anévrysmes externes*, p. 133 (tableau d'observ. contenant des renseignements bibliographiques).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.	5
Preliminaires.	7
Etiologie.	9
Pathogenie et anatomie pathologique.	14
Symptomes.	19
Diagnostic.	22
Marche. — Durée. — Terminaison. — Pronostic.	25
Traitement preventif.	27
Traitement curatif.	30
Conclusions.	39
Observations.	41
Bibliographie.	55

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier. 30, Passage Verdeau, Paris.
